



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO STATALE "DEMOCRITO"
CLASSICO e SCIENTIFICO

Viale Prassilla, 79 - 00124 Roma ☎ 06/121123816 – Distretto XXI
e-mail istituzionale: rmps65000q@istruzione.it - PEC: rmps65000q@pec.istruzione.it
indirizzo internet: www.liceodemocrito.edu.it
Cod. Fisc. 97040180586 - Cod. Mecc. RMPS65000Q
Succursale: Largo Theodor Herzl, 51 - 00124 Roma tel. 06/121125065 Fax 06/67666441

Agli studenti e alle studentesse
Alle famiglie
Al personale docente
Al personale ATA
All'Albo d'Istituto
Al sito web sez. circolari

Circolare n.233

Oggetto: Attivazione sportello di ascolto psicologico dott.ssa Simona Grilli

A partire da mercoledì 18 gennaio 2023 sarà attivo lo sportello d'ascolto psicologico, rivolto a tutte le componenti scolastiche. L'obiettivo è quello di fornire uno spazio di ascolto al fine di favorire un maggior benessere di studenti e studentesse, personale scolastico e genitori.

Lo sportello di ascolto sarà attivo il mercoledì e il venerdì, nelle sedi di Viale Prassilla 79 e Largo Herzl 51.

Gli appuntamenti dovranno essere prenotati inviando una mail alla dott.ssa Simona Grilli all'indirizzo sportellodiascolto@liceodemocrito.it

Alla mail di prenotazione dovrà essere allegato uno dei seguenti moduli firmato e scansionato, a seconda del servizio prenotato:

- Consenso al trattamento dei dati personali/autorizzazione maggiorenni o minorenni (per colloqui individuali);
- Autorizzazione alla partecipazione alle attività collettive (nel caso i docenti richiedano l'attivazione di incontri con tutta la classe).

Si allegano:

- Consenso al trattamento dei dati personali/autorizzazione maggiorenni e minorenni.pdf
- Consenso Informato Sportello di Ascolto (autorizzazione attività collettive).pdf

Roma, 13/01/2023

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Angela Gadaleta

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Simona Grilli Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 18200 simona.grilli14@gmail.com prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Statale Democrito, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo Statale Democrito, viale Prassilla 79 e Largo Herzl 51.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- (a) tipologia d'intervento sportello di ascolto
- (b) modalità organizzative orario scolastico, prenotazione via mail sportellodiascolto@liceodemocrito.it
- (c) scopi sostegno psicologico
- (d) limiti no presa incarico, tempistiche limitate
- (e) durata delle attività in riferimento alla necessità per un massimo di 50 minuti

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre/padre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig.padre/madre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO
"SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO" - A.S. 2022/2023**

I sottoscritti genitori

padre/esercente la responsabilità genitoriale

(cognome,nome, luogo e data di nascita, recapito tel e/o mail)

madre/esercente la responsabilità genitoriale

(cognome, nome, luogo e data di nascita, recapito tel e/o mail)

dell'alunno/a _____

nato/a a _____,il _____

frequentante la classe _____ del Plesso _____ a conoscenza **dello Sportello d'Ascolto Psicologico tenuto dalla Dott.ssa Simona Grilli**, iscritta all'Albo professionale della regione Lazio con il numero 18200 e della finalità benefica che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere degli studenti, del personale e dei genitori nel particolare momento storico

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne sentisse la necessità, di questo servizio.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

altresì eventuali osservazioni e/o interventi nella classe con la Dott.ssa Grilli qualora la stessa dovesse ravvedere la necessità.

Gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11 Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto, non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12 Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13 Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

La dr.ssa Simona Grilli al seguente indirizzo mail: simona.grilli14@gmail.com potrà rispondere a tutti i dubbi o chiarimenti richiesti.

Data _____

Firma del Padre _____

Firma della Madre _____

Dichiarazione di consenso ai fini dell'Art. 13 del D. LGS 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i sottoscritti

padre.....

madre.....

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale del citato minore, esprimono il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

Data _____

Firma del Padre _____

Firma della Madre _____